

様式第2号（第4条関係）

美咲町帯状疱疹予防接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

美咲町長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：美咲町 \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

下記のとおり、ワクチン接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

予防接種の種類	水痘生ワクチン
※該当するものに○ を付けてください。	帯状疱疹ワクチン（1回目）
	帯状疱疹ワクチン（2回目）
接種年月日	年 月 日
接種に要した費用	円
実施医療機関	実施場所（住所）  医師署名又は記名押印